

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号					
		被保険者番号					
		個人番号					
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女				
住所	〒		電話番号				
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び販売 事業者名	購入金額	購入日				
		円	年	月	日		
		円	年	月	日		
		円	年	月	日		
福祉用具が 必要な理由							
京丹波町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者(被保険者) 電話番号 氏名 ㊟							

注意 ・この申請書の裏面に、領収証、福祉用具のパフレット及び福祉用具の写真を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他				
	フリガナ 口座名義人						

※ 口座振込名義人が被保険者と異なる場合は下記委任状に記入をお願いします。

委任状	上記福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。 委任者(被保険者) 受任者(口座名義人) 氏名 _____ ㊟ 氏名 _____						
-----	--	--	--	--	--	--	--